Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001344337	
CORREO ELECTRONICO:	ANGIEPMG1@GMAIL.COM				CELULAR:	3223288524	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488455160900				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	1169			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1981	FECHA	2026-09-23 15:18:09.000	NÚMERO DE CRP	36214	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ENFERMERO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-09-01		2026-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,103,718				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$28,726,026
VALOR EJECUTADO	$28,726,026
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,103,718
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1084295297	$1,641,487	$205,186	$262,638	3	$39,987	$507,810

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	Asistir en la ejecución de procedimientos ordenados por el profesional tratante.	Registro del procedimiento en historia clínica.
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Diligenciar registros clínicos conforme a normatividad vigente.	Historia clínica completa y firmada.
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Actualizar base de datos de atenciones y producción mensual.	Informe estadístico mensual consolidado.
4) Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	Realizar reporte de pacientes según protocolo institucional.	Formato de entrega de turno firmado.
5) Participar en la programación de las actividades del área.	Asistir a reunión de planeación del área.	Acta de reunión con registro de asistencia.
6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Notificar evento adverso en el sistema correspondiente.	Formato oficial de notificación diligenciado.
7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Reportar incidentes y participar en análisis de mejora.	Reporte de evento con plan de acción.
8) Impartir instrucciones al personal a cargo	Orientar al equipo sobre procedimientos y cuidados.	Registro de instrucciones en acta o bitácora
9) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Completar documentos asistenciales con criterios de calidad.	Formatos correctamente diligenciados.
10) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Ejecutar procedimientos propios del cargo.	Registro de intervención en historia clínica.
11) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizar control clínico según indicación.	Nota de seguimiento registrada.
12) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Explicar condición y plan de manejo.	Registro de educación al paciente firmado.
13) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	Aplicar prácticas seguras y trato humanizado.	Lista de chequeo de seguridad del paciente.
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Aplicar protocolos y participar en auditorías internas.	Acta o lista de asistencia a auditoría.
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaborar reporte mensual de actividades realizadas.	Informe mensual entregado al supervisor.
16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Custodiar equipos e insumos asignados.	Acta de entrega de elementos
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir a jornadas institucionales y procesos de acreditación	Certificado o lista de asistencia.
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Aplicar lineamientos y protocolos institucionales	Evidencia de cumplimiento en auditoría interna.
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Participar en brigadas, jornadas o actividades especiales.	Informe de participación.
20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Ingresar producción y actividades realizadas en plataforma.	Reporte consolidado del sistema.
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Verificar cumplimiento de actividades contractuales asignadas.	Informe de supervisión firmado.
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Presentar comprobante mensual de aportes.	Copia de planilla PILA pagada.
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Ejecutar tareas adicionales solicitadas por el supervisor.	Evidencia escrita o informe breve de la actividad realizada.

Copia certificada
Subred Sur Occidente

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ
C.C. 1001344337 de BOGOTÁ D.C

La suma de **$4.103.718 (CUATRO MILLONES CIENTO TRES MIL SETECIENTOS DIECIOCHO pesos MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermeria, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **ENFERMERA**; en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de **HOSPITALIZACION**.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1169-2026.**

Angie Paola Moreno

ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ
C.C. 1001344337 de BOGOTÁ D.C
Cel: 3223288524
CUENTA DE AHORROS # 550488455160900
Banco DAVIVIENDA S.A

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-09-04, 04:42:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1084295297

Periodo Cotización: agosto de 2026 **Periodo Servicio:** agosto de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823522155

PAGADO 04/09/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ		
Documento	CC1001344337	**Dirección**	CR 95A #38 C - 57 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223288524
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001344337	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

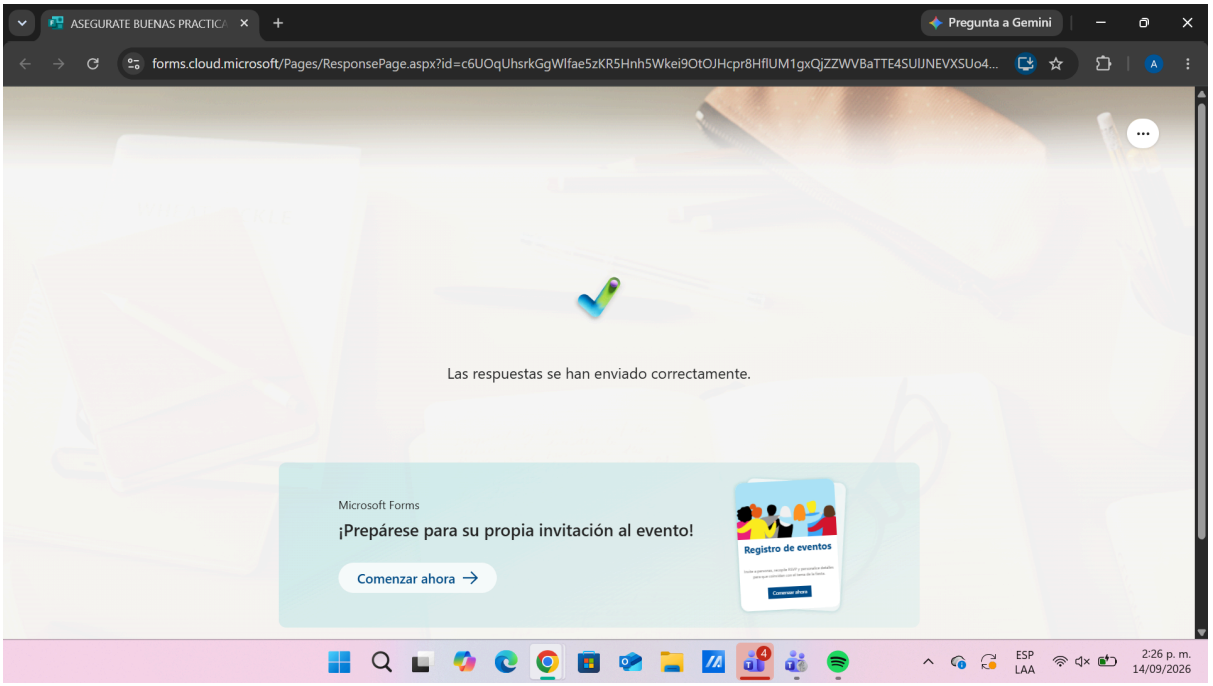
III.TOTALES

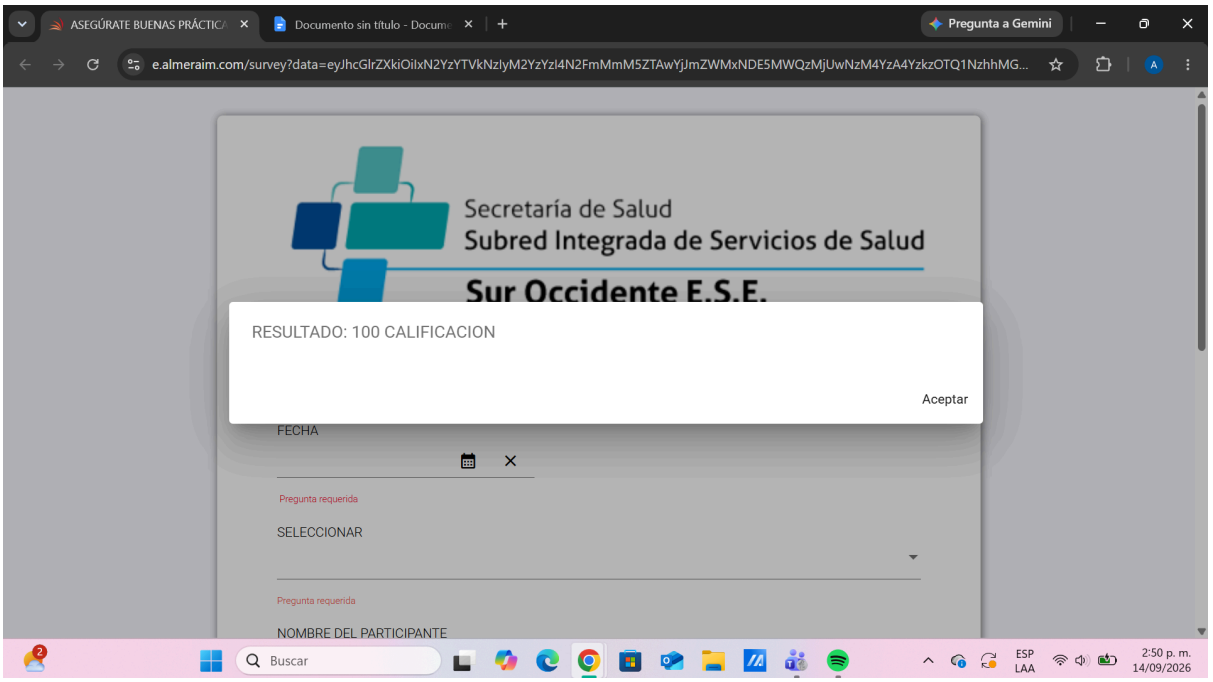
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.


ASEGURATE BUENAS PRACTIC
Pregunta a Gemini
forms.cloud.microsoft/Pages/ResponsePage.aspx?id=c6UOqUhsrkGgWlfae5zKR5Hnh5Wkei9OtOJHcpr8HflUM1gxQjZZWVBaTTE4SUlJNEVXSUo4...
Las respuestas se han enviado correctamente.
Microsoft Forms
¡Prepárese para su propia invitación al evento!
Comenzar ahora
Registro de eventos
ESP
LAA
2:26 p. m.
14/09/2026


ASEGÚRATE BUENAS PRÁCTIC
Documento sin título - Docume
Pregunta a Gemini
e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiIxN2YzYTVkNzIyM2YzYzI4N2FmMmM5ZTAwYjJmZWMxNDE5MWQzMjUwNzM4YzA4YzkzOTQ1NzhhMG...
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.
RESULTADO: 100 CALIFICACION
Aceptar
FECHA
Pregunta requerida
SELECCIONAR
Pregunta requerida
NOMBRE DEL PARTICIPANTE
Buscar
ESP
LAA
2:50 p. m.
14/09/2026

☐	**2124978**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124974**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124971**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124969**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124966**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124965**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124961**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124960**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124958**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124955**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124954**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124951**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124945**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124941**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124937**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124935**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124933**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124907**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124905**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	
☐	**2124902**	ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ	2026-09-23	100,00%	Cerrada	

ARL

Medellin, 28 de septiembre de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ** con documento de identidad **C1001344337**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-09-19	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de septiembre de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANGIE PAOLA MORENO GONZALEZ identificado(a) con C1001344337 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10013443372626659433

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1001344337
NOMBRES	ANGIE PAOLA
APELLIDOS	MORENO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/01/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/23/2026 16:32:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO	ilovepdf_merged (17).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo	ilovepdf_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	abril	ilovepdf_merged (37).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mayo	planilla 1081228036_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	julio.pdf	julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	junio.pdf	junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	agosto	1083594338_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >